

RECOMENDACIÓN No. 143 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, EN AGRAVIO DE V1, PERSONA ADULTA MAYOR, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ACAPULCO GUERRERO.

Ciudad de México, a 20 de diciembre de 2021.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/7770/Q**, relacionado con la queja presentada por V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección

de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Denominación	Clave
Víctima	V
Autoridad responsable	AR
Persona Servidora Pública	SP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominaciones	Claves
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

Denominaciones	Claves
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Acapulco, Guerrero.	HGR-1
Unidad de Medicina Familiar No. 9, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Acapulco, Guerrero.	UMF-9
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	OIC en el ISSSTE
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto de la Secretaría de Salud.	Guía de intestino irritable en adulto.
Guía de Práctica Clínica, Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto no Hereditario, en adultos, en Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud.	Guía de cáncer de colon y recto no hereditario en adulto

Denominaciones	Claves
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS

I. HECHOS.

5. V1, mujer de 68 años de edad al momento de los hechos, quien presentó inflamación estomacal constante y dolor, acudió a valoración médica los días 15 de febrero, 15 de marzo, 20 de abril y 23 de mayo de 2017 a la UMF-9, en donde fue atendida por AR1, quien diagnosticó hipertensión arterial, gonartrosis secundaria bilateral y “*colitis espástica*”.

6. El 4 de abril de 2017, V1 acudió al Servicio de Urgencias de la UMF-9, donde fue valorada por AR2 debido a dolor de cabeza y náuseas, indicándole como plan de manejo analgésicos y antihipertensivos; sin embargo, al no presentar mejoría el 27 de junio de 2017, acudió a una valoración con un médico particular, quien le practicó un USG¹ y un estudio de TAC² de abdomen superior, el cual reportó “*Vesícula biliar se observa aumentada de dimensiones y a nivel del fondo se observa aumento de espesor de su pared de forma irregular y reforzamiento heterogéneo en relación a proceso neoplásico el cual aparentemente infiltra al*

¹ De acuerdo a la Opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, es un ultrasonido.

² De acuerdo a la Opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, es una tomografía computarizada.

segmento de colon transversa adyacente así como también en su interior se observa litos³ de 11 a 15 mm y lodo biliar”.

7. Ante tal diagnóstico, V1 se presentó el 29 de junio de 2017, a la UMF-9, solicitando nueva valoración médica, misma que fue realizada por AR1, quien le diagnosticó “*tumor maligno del hígado (cáncer de hígado)*” y la envió al HGR-1 al Servicio de Cirugía General con atención a Oncología.

8. A partir del 3 de julio de 2017, V1 fue atendida en el HGR-1 por SP1, ingresando el 20 de agosto de ese año al Servicio de Urgencias; no obstante, el 31 de agosto de 2017, a las 09:20 horas falleció, estableciéndose como causas de muerte: choque séptico (3 días), absceso residual (6 días), hemicolectomía⁴ derecha (11 días), cáncer de colon avanzado (6 meses) e hipertensión arterial sistémica (15 años).

9. Al considerar V2 que la atención que recibió su madre fue inadecuada, el 6 de octubre de 2017 presentó su escrito de queja ante esta Comisión Nacional en la que señaló violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 por parte del personal del IMSS, y se inició el expediente de queja CNDH/1/2017/7770/Q, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja presentado en esta Comisión Nacional el 6 de octubre de 2017, en la cual V2 relató las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 por parte del personal del IMSS, al cual anexó la documentación siguiente:

³ Cálculos en la vesícula biliar.

⁴ Cirugía para extraer parte del colon (exéresis de ciego, colon ascendente, ángulo hepático del colon y parte del colon transversa)

10.1. Estudio de ultrasonido de abdomen superior de fecha 27 de junio de 2017, elaborado a V1 por un médico particular, en el cual se señaló como impresión diagnóstica: “(...) *Estudio con datos sugerentes e cirrosis hepática sin hipertensión porta (sic). Vesícula biliar dilatada, con litos en el fondo y aparentemente abunsante (sic) lodo biliar e imagen en el fndo (sic) que sugoere (sic) proceso infiltrativo con posible extensión a colon. Se sugiere estudio de TC de abdomen superior (...)*”.

10.2. Estudio de tomografía computarizada helicoidal de abdomen superior de fecha 28 de junio de 2017, elaborado a V1 por un médico particular, en el que se concluyó: “(...) *La vesícula biliar se observa aumentada de dimensiones y a nivel del fondo se observa aumento de espesor de su pared de forma irregular y reforzamiento heterogéneo en relación a proceso neoplásico, la cual aparentemente infiltra al segmento de colon transversal adyacente, así como también en su interior se observa litos de 11 a 15 mm y lodo biliar. Resto sin alteraciones (...)*”.

10.3. Nota médica de 28 de junio de 2017, emitida por un médico particular, en la que señaló respecto de V1, que “*detectó una tumoración*”.

10.4. Acta de defunción número 00689, de 4 de septiembre de 2017, expedida por el Registro Civil de Santa Cruz, Acapulco de Juárez, Guerrero, señalando como causas de la defunción de V1: “*choque séptico, 3 días, absceso residual, 6 días*”.

11. Oficio 095217614BB1/3219 de fecha 1 de diciembre de 2017, a través del cual la Jefa de Área de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, remitió copia de los expedientes clínicos elaborados por la atención brindada a V1 en la UMF-9 y HGR-1, del que destacó lo siguiente:

11.1. Notas de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de fechas 15 de febrero, 15 de marzo, 20 de abril y 23 de mayo de 2017, de las que se desprende la valoración

médica realizada a V1 por AR1 de la UMF-9, en las que señaló como diagnóstico “*Colitis espástica*”.

11.2. Nota médica del Servicio de Urgencias de la UMF-9 de 4 de abril de 2017, elaborada por AR2, quien reportó que V1 acudió por presentar cefalea holocraneana y náusea de 3 días de evolución.

11.3. Nota médica de las 10:01 horas del 29 de junio de 2017, emitida por AR1 de la UMF-9, en la que señalo que valoró a V1, diagnosticando “*tumor maligno de hígado (cáncer de hígado)*”.

11.4. “*Notas médicas y prescripción, nota de atención médica*” de las 03:54 horas del 3 de julio de 2017, emitida por SP1, médico adscrito al HGR-1 quien refirió que V1 se presentaba con dolor en hipocondrio derecho, acompañado de pérdida de peso involuntario de 3 kilogramos.

11.5. Nota de ingreso al Servicio de Urgencias de 20 de agosto de 2017, elaborado por personal del HGR-1, en el que se asentó la atención médica proporcionada a V1.

11.6. Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud, del que se desprende como fecha y hora de la muerte de V1 las 09:20 horas del 31 de agosto de 2017, además de señalar como causas de defunción choque séptico con intervalo de aproximación de 3 días, absceso residual con intervalo de aproximación de 6 días, hemicolectomía derecha con intervalo de aproximación de 11 días, CA (cáncer) de colon avanzado con intervalo de aproximación de 6 meses, y HAS (hipertensión arterial sistémica) con intervalo de aproximación de 15 años.

12. Oficio No. 095217614BB0/0067 de fecha 5 de enero de 2018, suscrito por la titular de la Coordinación Técnica del IMSS, por el que remitió los siguientes documentales:

12.1. Oficio No. 1224012003200/324/17 de fecha 22 de noviembre de 2017, suscrito por la directora de la UMF-9, a través del cual rindió informe de la atención médica que se le brindó a V1.

12.2. Hoja de relatoría suscrita por AR1, respecto de la atención médica que dio a V1, en la que señaló que tuvo conocimiento del reporte de ultrasonido que la paciente le presentó, así como del resultado, por lo que la envía a una cita con el especialista.

13. Oficio número 095217614C21/515 de fecha 24 de abril de 2018, suscrito por la titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual remitió lo siguiente:

13.1. Acuerdo de 7 de febrero de 2018 a través del cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS resolvió respecto de la atención médica de V1 *“PRIMERO: La queja es improcedente (...)”*.

14. Escrito de 26 de junio de 2018 presentado por V2 ante esta Comisión Nacional, al que anexó documentos de los que destacó el siguiente:

14.1. Resolución de 15 de marzo de 2018, emitida por el H. Consejo Consultivo del IMSS, respecto del recurso de inconformidad interpuesto por V2, en contra del acuerdo de 7 de febrero de 2018, en el que se resolvió: *“(...) en el presente caso no existe obligación legal por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, de conceder ningún reintegro de gastos médicos solicitados, en virtud de no existir deficiencias en la atención médica y no encontrar elementos que justifiquen responsabilidad civil (...)”*.

15. Opinión Médica de 12 de diciembre de 2018, emitida por personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, del que se desprende como conclusión *“PRIMERA: La atención médica brindada a (V1) (...) en la (UMF-9), fue inadecuada”*.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

16. V2 interpuso la Queja 1 ante el IMSS, al considerar deficiente la atención médica que se le dio a V1 por parte de personal de ese instituto. Al respecto el 7 de febrero de 2018, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, resolvió que la queja era improcedente desde el punto de vista médico, señalando que en el presente caso *“no encontró datos de omisión, de negligencia, ni impericia en el manejo de la paciente”*.

17. Por lo anterior, V2 interpuso Recurso de Inconformidad 1 en contra de la resolución de fecha 7 de febrero de 2018, mismo que el 15 de marzo de 2018 el H. Consejo Consultivo del IMSS resolvió como infundado, por lo que confirmó la resolución antes mencionada.

18. A la fecha de emisión de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna que evidencie que se hubiese iniciado procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, o alguna carpeta de investigación con motivo de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

19. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de pruebas que integran el expediente **CNDH/1/2017/7770/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con el enfoque de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico de la UMF-9, en agravio de V1:

19.1. A la protección de la salud de V1.

19.2. A la vida de V1.

19.3. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores.

20. Lo anterior, en razón a las siguientes consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁵

22. El artículo 4° de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

23. La SCJN ha señalado que *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.⁶

24. El numeral 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...)”*

⁵ CNDH. Recomendaciones 66/2016, p.28; 14/2016, p.28; 75/2017, p. 25; 75/2018, p. 19; y 79/2021 p.20.

⁶ SCJN, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*. registro 167530.

aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).⁷

25. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

26. El párrafo 1° del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

27. La CrIDH en el “Caso Vera y otra Vs. Ecuador”⁸ estableció que *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”*.

28. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” del 23 de abril de 2009 que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”. Reconoció que la protección a la salud “(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de*

⁷ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁸ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

29. Por otra parte, a fin de garantizar una adecuada atención médica, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.⁹ Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

30. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero, consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.”*

31. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que AR1 y AR2 personal médico adscritos a la UMF-9, omitieron brindar la atención adecuada a V1, derivada de su calidad de garantes conferidas por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 3, 4, fracciones I y II, 7, 8 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

⁹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

32. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico del UMF-9, se señalarán los antecedentes clínicos de V1.

32.1. En el año 1989, fue diagnosticada con la enfermedad Guillan Barré.¹⁰

32.2. En el año 1990, se diagnosticó con hipertensión arterial sistémica y osteoartritis de larga evolución, intervenida quirúrgicamente de ambas rodillas con colocación de osteosíntesis.

32.3. En 2008, V1 fue diagnosticada con lumbalgia crónica, trastorno de ansiedad, depresión y obesidad.

❖ Atención médica en la UMF-9.

33. V1 continuó con el manejo médico de sus patologías antes señaladas, acudiendo el 29 de marzo de 2010, a la UMF-9, donde fue valorada por AR1, quien le diagnosticó "*colitis espástica*", como se desprende de la nota de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de esa misma fecha, en la que señaló en el apartado de indicaciones médicas: dieta hiposódica, ejercicios y cita ordinaria; presentando un peso de 57 kg especificando en el apartado de padecimientos sobrepeso, y como cuadro clínico obesidad y estrés.

34. De las constancias recabadas por este Organismo Nacional, no se advirtió ninguna atención médica, hasta el 15 de febrero de 2017, cuando V1 acudió a la UMF-9, tal como se observó de la nota de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de esa fecha, de la que se

¹⁰ Los médicos de este Organismo Nacional lo definieron como parálisis aguda secundaria a la inflamación de nervios periféricos y raíces nerviosas, clínicamente se manifiesta como parestesia, entumecimiento y debilidad progresiva de las extremidades hasta imposibilitar la marcha. Puede afectar los músculos de la cara, deglución y ventilación).

desprende que AR1, valoró a V1, señalando que acudió a control de la hipertensión arterial sistémica; con peso 56.0 kg, cuadro clínico obesidad y estrés, padecimientos sobrepeso, con factores de riesgo sedentarismo y menopausia, diagnóstico hipertensión arterial, gonartrosis secundaria bilateral y “*colitis espástica*”; indicándole dieta hiposódica (restricción de sodio) y cita ordinaria.

35. El 15 de marzo de 2017, nuevamente V1 acudió a la UMF-9, en donde fue valorada por AR1, quien en la nota de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de esa fecha, señaló que V1 acudía a control de la hipertensión arterial sistémica; peso 55.3 kg, padecimiento sobrepeso; cuadro clínico obesidad y estrés, diagnóstico hipertensión arterial, gonartrosis secundaria bilateral y “*colitis espástica*”; indicándole dieta de 1500 calorías y cita ordinaria, de lo que se advierte que confirmó el diagnóstico establecido en el año 2010.

36. El 4 de abril de 2017, V1 acudió al Servicio de Urgencias de la UMF-9, siendo valorada por AR2, quien en la nota médica del Servicio de Urgencias de esa fecha, asentó que V1 acudió por presentar cefalea holocraneana y náusea de 3 días de evolución; a la exploración física la encontró quejumbrosa, hidratada, buena coloración mucotegumentaria, cardioventilatorio, abdomen y extremidades sin alteraciones; estableciendo como diagnóstico hipertensión arterial sistémica descontrolada; indicando analgésicos y antihipertensivo (medicamentos para controlar la hipertensión), con cita abierta a urgencias.

37. Nuevamente el 20 de abril y el 23 de mayo del 2017, V1 fue valorada por AR1, quien, en las notas de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial emitidas en esas fechas, estableció que V1 tenía peso de 54.5 kg en la primera fecha y en la segunda de 54.0 kg, negando datos de vasoespasmo, sintomatología gastrointestinal y urinaria; diagnósticos hipertensión arterial, gonartrosis secundaria bilateral y “*colitis espástica*”; con padecimiento de sobrepeso, señalando como cuadro clínico obesidad y estrés, indicándole dieta de 1500 calorías y cita en un mes.

38. Ante la persistencia de la sintomatología abdominal, V1 acudió a valoración de un médico particular con especialidad en gastroenterología en fecha 28 de junio de 2017, quien en su nota médica señaló que V1 estaba siendo tratada en el IMSS con “*colitis nerviosa*”, y que había acudido con él por primera vez el 26 de ese mismo mes y año.

39. Agregó que se le detectó una tumoración que correspondía a vesícula. Se le tomó USG, que el cual señaló reportaba: vesícula crecida con litos y probable tumor en fondo y solicitó TAC que confirmara el diagnóstico, señalando como plan: se envía “C. Ext” (consulta externa) con su médico familiar, con la observación que la paciente ameritaba ser valorada por el Servicio de Oncología.

40. En ese sentido, en el estudio de ultrasonido de abdomen superior realizado a V1 el 27 de junio de 2017, por laboratorio particular se señaló como impresión diagnóstica: “(*...*) Estudio con datos sugerentes e cirrosis hepática sin hipertensión porta (*sic*). Vesícula biliar dilatada, con litos en el fondo y aparentemente abunsante (*sic*) lodo biliar e imagen en el fndo (*sic*) que sugiere (*sic*) proceso infiltrativo con posible extensión a colon. Se sugiere estudio de TC de abdomen superior (*...*)”.

41. Ahora bien, debido al estudio sugerido, el 28 de junio de 2017, V1 se realizó en un laboratorio particular el estudio de tomografía computarizada helicoidal de abdomen superior, en el cual se concluyó: “(*...*) La vesícula biliar se observa aumentada de dimensiones y a nivel del fondo se observa aumento de espesor de su pared de forma irregular y reforzamiento heterogéneo en relación a proceso neoplásico, la cual aparentemente infiltra al segmento de colon transversal adyacente, así como también en su interior se observa litos de 11 a 15 mm y lodo biliar. Resto sin alteraciones (*...*)”.

42. Po lo anterior, el 29 de junio de 2017, V1 acudió a la UMF-9 en donde la valoró AR1, quien hasta esa fecha y ya con los estudios antes mencionados, señaló en la nota médica que V1 acudió por presentar dolor moderado en todo el

abdomen, localizándose el mismo a nivel de hipocondrio derecho de 40 días de evolución, disminución del apetito y del peso de 8 días de evolución, se le realizó ultrasonido de abdomen en el que se apreció litiasis vesicular, llamando la atención una tumoración adherida al hígado, sospechosa de neoplasia, a la exploración física con peso de 53.3 kg, signos vitales estables, con diagnóstico de hipertensión arterial controlada, tumor maligno de hígado (cáncer de hígado), indicándole una dieta blanda y refiriéndola al Servicio de Cirugía General con Oncología del HGR-1 para complementación diagnóstica.

43. De lo anterior, en la Opinión Médica realizada por personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional se señaló que la atención médica brindada a V1 por parte de AR1 y AR2 fue inadecuada por lo siguiente:

- *“Omitieron referir que (V1) tenía antecedente de “colitis espástica” desde el año 2010 y estrés (factores de riesgo para padecer cáncer de colon, que fueron descritos por el mismo (AR1).*
- *Omitieron realizar un adecuado interrogatorio y exploración física completa y dirigida de abdomen, pasando (AR2) por desapercibido el día 4 de abril de 2017, los síntomas de náuseas y que se encontraba quejumbrosa (ya que no se refieren en la nota médica las cifras de tensión arteria que tuvo previo y posterior a la administración de los antihipertensivos), determinar por qué durante estos 4 meses de sus valoraciones mensuales tuvo pérdida de peso de 2 kilogramos (factor para padecer cáncer de colon), estableciendo que cursaba con obesidad y sobrepeso, cuando los primeros meses tenía el criterio solo para sobrepeso y posteriormente ya se encontraba con índice de masa corporal dentro de los parámetros normales.*
- *Omitieron solicitar laboratoriales de control para corroborar que cursaba con anemia y pruebas de sangre oculta en heces al cursar con 7 años de*

evolución de colitis espástica, limitándose solo a prescribirle manejo antihipertensivo y analgésicos.

- *Omitieron enviarla al siguiente nivel de atención para su valoración médica y realización de colonoscopia, ya que como se corroboró en medio particular, la paciente cursaba con un cáncer a nivel colon, pasando desapercibido para los médicos antes referidos, el cual no es de aparición súbita, ya que es un tumor de crecimiento lento y puede estar presente varios años antes de realizarse el diagnóstico; asimismo los tumores del colon derecho acostumbran a causar hemorragia oculta, y los síntomas referidos por (V1) son los atribuibles a la anemia crónica secundaria y que en estadios avanzados pueden producir dolor abdominal inespecífico o la presencia de una masa palpable, astenia, anorexia, pérdida de peso o fiebre”.*

44. En la referida Opinión Médica se señaló que con lo anterior se pudo determinar que AR1 y AR2 incumplieron con la siguiente normatividad:

- **Guía de Intestino Irritable en el Adulto**, en la que se establece que para la evaluación del paciente con sospecha de SII (síndrome del intestino irritable) se recomienda una historia clínica detallada, con particular atención en: presencia de síntomas sugestivos de ansiedad o depresión, hábitos dietéticos, grado de actividad física, fármacos (especialmente si alteran la movilidad intestinal o causen dolor abdominal), comorbilidades, intervenciones quirúrgicas previas, se debe evaluar los “*datos de alarmas*” o “*síntomas atípicos*” que no sean compatibles con SII, debido a que pueden representar afectación orgánica, esto incluye: Sangrado rectal. Dolor abdominal nocturno o progresivo. Pérdida de peso. Anormalidades como anemia, elevación en marcadores de inflamación o alteraciones electrolíticas. Fiebre sin causa explicable. Aparición de síntomas después de los 50 años. Antecedentes familiares de cáncer de

colon, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal. En presencia de datos de alarma se justifica la realización de estudios paraclínicos para descartar otras patologías. Se recomienda realizar colonoscopia en pacientes con SII con datos de alarma y en pacientes mayores de 50 años con el objetivo de escrutinio de cáncer colorectal. En aquellos pacientes que presenten dolor abdominal, distensión y alguno de los siguientes datos de alarma, se deberán enviar al segundo nivel de atención para complementación diagnóstica: anemia sin causa aparente, pérdida de peso inexplicable, aparición de síntomas en mayores de 50 años, enfermedad inflamatoria del intestino.

- **Guía de cáncer de colon y recto no hereditario en adultos**, en el que se señala que se debe de considerar como población de riesgo inmediato a: individuos con antecedentes de enfermedades inflamatoria con 10 años de evolución. Se reconoce en los individuos con estas características que requieren de una evaluación en segundo nivel de atención por presentar riesgo para cáncer de colon rectal. Se recomienda como prueba de escrutinio la búsqueda de sangre oculta en heces con base en guayaco¹¹ en población de riesgo bajo. El individuo debe ser informado que el escrutinio se debe llevar a cabo anualmente y estar dispuesto a someterse a una colonoscopia en el caso de un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces con base a guayaco. Buscar intencionadamente en la historia clínica los signos y síntomas de cambios en el hábito intestinal, dolor abdominal, pérdida de peso, sangrado de tubo digestivo y anemia. El médico familiar que durante la consulta externa identifica en el paciente los siguientes datos debe enviar al segundo nivel, dolor abdominal, cambio del hábito intestinal y pérdida de peso, edad mayor a 50 años, derivarse a

¹¹ Guayaco: sustancia química para detectar sangre en heces.

consulta externa de medicina interna y/o gastroenterología en segundo nivel de atención. El médico familiar debe identificar a los individuos de acuerdo al riesgo de presentar cáncer de colorrectal. Buscar intencionalmente los siguientes datos para ser enviado al segundo nivel: sangre oculta en heces positiva y/o sangrado evidente (rectorragia, hematoquezia y/o melena). Se recomienda envío a cirugía general y/o cirugía coló rectal en los individuos de riesgo bajo, la recomendación internacional para escrutinio es con la prueba de búsqueda de sangre oculta en heces de forma anual a partir de los 50 años de edad. Los individuos con riesgo intermedio, la recomendación es realizar la colonoscopia para la detección de lesiones premalignas asociadas y se recomienda efectuar cada 5 años.

- **Reglamento de la Ley General de Salud**, en su artículo 48 el cual dispone que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- **Reglamento de IMSS**, artículo 7 en el que se establece que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores; y el diverso 68 en el que se señala que si el médico familiar, con base en los estudios clínicos, estima que la atención del problema médico de un derechohabiente lo requiere, éste será enviado a interconsulta al médico no familiar de la propia unidad, o a la unidad médica de apoyo correspondiente.

45. Cabe señalar que en la relatoría realizada por AR1 sobre la atención que brindó a V1, *“manifiesto que esta es la primera vez que la paciente acude por este*

cuadro clínico, se informa del padecimiento actual y del proceso a seguir a la paciente y acompañante y en ese mismo día se le otorga la cita a especialidad”.

46. Advirtiendo de lo anterior esta Comisión Nacional que V1 no era la primera vez que acudía por esos síntomas a revisión con AR1, tan es así que en las notas de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de fechas 29 de marzo de 2010, 15 de febrero, 15 de marzo, 20 de abril y 23 de mayo de 2017, señaló como diagnósticos de V1 “*colitis espástica*”, antecedentes que de acuerdo con Guía de Intestino Irritable en el Adulto, ameritaban realizar una historia clínica detallada y en su caso estudios paraclínicos para descartar otras patologías.

47. Además, personal de este Organismo Nacional en la Opinión Médica señaló que al omitir AR1 realizar una adecuada semiología del síndrome doloroso abdominal, pasó desapercibido la tumoración maligna que creció de tal forma que infiltró el hígado, vesícula biliar, colon y estructuras adyacentes, ensombreciendo totalmente el pronóstico de supervivencia de la paciente, incumpliendo con lo que descrito en párrafos anteriores respecto de la Guía de cáncer de colon y recto no hereditario en adultos, Reglamento de la Ley General de Salud y Reglamento del IMSS.

48. Continuando con la atención médica de V1, de las evidencias del expediente de queja se desprende que V1 acudió al HGR-1, en donde recibió tratamiento médico de acuerdo con el diagnóstico de cáncer de colon avanzado, mismo que a pesar de ser tratado adecuadamente por personal de este hospital (tal como se concluyó en la Opinión Médica de este Organismo Nacional), y debido a que su salud estaba muy deteriorada falleció a las 09:20 horas del 31 de agosto de 2017, determinándose en el certificado de defunción como causas de su muerte choque séptico (3 días), absceso residual (6 días), hemicolectomía derecha (11 días), cáncer de colon avanzado (6 meses) e hipertensión arterial sistémica (15 años).

49. En consecuencia, AR1 y AR2, incumplieron con el deber de garantizar la atención médica integral con calidad y diagnóstico temprano, negándole a V1 un tratamiento oportuno de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo cual tuvo como consecuencia se le diera una atención médica inadecuada que afectó su salud y que lamentablemente derivó en su fallecimiento, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud.

50. Vulnerando así el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 tutelado en los artículos 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

B. DERECHO A LA VIDA.

51. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

52. La SCJN ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste*

no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).¹²

(Énfasis añadido)

53. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

54. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹³

55. La CrIDH ha establecido que *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten*

¹² Tesis Aislada Constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

¹³ CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

contra él (...)"¹⁴, asimismo "(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)".¹⁵

56. Este Organismo Nacional ha sostenido que *"existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes"*.¹⁶

57. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por parte de AR1 y AR2, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará enseguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

58. En el presente caso, como ya se señaló, AR1 valoró a V1 el 29 de marzo de 2010, a quien no le realizó una exhaustiva exploración física, asentado como diagnóstico *"colitis espástica"*; asimismo, con fecha 15 de febrero, 15 de marzo, 20 de abril y 23 de mayo del 2017, cuando nuevamente la valoró, reiteró dicho diagnóstico sin tomar en consideración el tiempo que había transcurrido con ese padecimiento; además omitió realizarle una exploración física exhaustiva, tan es así que el 29 de junio de 2017, a la exploración física señaló que en el

¹⁴ CrIDH. "Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala". Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

¹⁵ CrIDH. "Caso Familia Barrios Vs. Venezuela". Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹⁶ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

hipocondrio derecho se palpaba una masa tumoral; de igual manera, omitió ordenar los estudios de laboratorio idóneos.

59. Por su parte AR2, quien valoró a V1 en el área de urgencias, omitió realizarle una exploración física exhaustiva, a pesar de que la agraviada presentaba náuseas de 3 días de evolución y cefalea persistente, diagnosticándola con hipertensión arterial sistémica descontrolada; como se desprende la hoja de control de 4 de abril de 2017, en la que además señaló que a la exploración física el abdomen y extremidades se encontraban sin alteraciones, pasando por alto el diagnóstico “*colitis espástica*” referido por AR1.

60. Al respecto, en la Opinión Médica elaborada por personal especializado en medicina forense de este Organismo Nacional, se señaló que AR1 y AR2 omitieron realizar una adecuada semiología del síndrome doloroso abdominal a V1, pasando desapercibida la tumoración maligna que creció de tal forma que infiltró hígado, vesícula biliar, colon y estructuras adyacentes; omitiendo realizar los estudios laboratoriales idóneos y omitir remitirla oportunamente al segundo nivel de atención a fin de brindarle una atención inmediata; toda vez que dichas omisiones favorecieron el detrimento en la salud de V1, quien, a pesar de recibir la atención médica adecuada en el HGR-1, no se pudo revertir las condiciones del cáncer de colon avanzado que derivó en su fallecimiento.

61. Determinándose así la muerte de V1 a las 09:20 horas del 31 de agosto de 2017, señalándose en el certificado de defunción como causas: choque séptico (3 días), absceso residual (6 días), hemicolectomía derecha (11 días), cáncer de colon avanzado (6 meses) e hipertensión arterial sistémica (15 años).

62. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1 y AR2 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 y como consecuencia de ello a la vida previstos en el numeral 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de

los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; en concordancia con los diversos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto Constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

63. Además de la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, específicamente a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 68 años de edad, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, debió haber recibido una atención médica prioritaria por parte del personal adscrito a la UMF-9.

64. De conformidad con los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “*Protocolo de San Salvador*”, obligan al Estado mexicano a brindar la protección de los derechos humanos de personas adultas mayores (sesenta años o más), y con ello darles un trato y atención preferencial.

65. Este derecho de las personas adultas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado garantizarlo y por el otro protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.¹⁷

¹⁷ SCJN. Tesis de Jurisprudencia. “*ADULTOS MAYORES. CONSIDERACIONES ESPECIALES QUE, CONFORME AL MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL, DEBEN RECIBIR DE*

66. Las Naciones Unidas en la Observación General 6 de “*Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores*”; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, establecieron que las personas adultas mayores constituyen un grupo de atención prioritaria que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

67. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos, como en el presente caso se vulneró en agravio de V1, al no recibir la atención adecuada sobre el padecimiento que presentaba, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se deteriorara y derivara en la pérdida de su vida.

68. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto

LAS AUTORIDADES QUE PROCURAN Y ADMINISTRAN JUSTICIA CUANDO EN LOS PROCESOS PENALES FIGURAN COMO AGRAVIADOS U OFENDIDOS, INCULPADOS O SENTENCIADOS”. Registro 2007244.

España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012, así como el Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”, San José, Costa Rica, en el anexo 1, numeral 7, relacionado con la falta de atención de los servicios de salud pública a las necesidades de las “*personas adultas mayores*”.

69. El citado artículo 17 del “*Protocolo de San Salvador*”, en el rubro de “*Protección de los Ancianos*” señala que: “*Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad*”, por lo que “*(...) los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica (...)*”.

70. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que son: “*Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad*”; y en el diverso 4, fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “*(...) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.*”

71. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se señalan: El derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

72. En el presente caso se observó que en transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, específicamente a un trato preferencial, con razón a su pertenencia a grupos de atención prioritaria, por tratarse de una persona de 68 años, lo cual AR1 y AR2 pasaron por alto.

73. En ese sentido, esta Comisión Nacional señala, que corresponde al Estado mexicano, a través de sus agentes públicos, generar las acciones necesarias para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, principalmente a los integrantes de grupos de atención prioritaria, en los que se encuentran las personas menores de edad, mujeres, personas con discapacidad, pacientes que viven con VIH y adultos mayores, en los que el Estado tiene la obligación de brindar una protección especial dada la alta posibilidad de que sean víctimas de violaciones a sus derechos humanos, acciones en las que se deberán tomar en cuenta los avances tecnológicos y científicos en la atención médica, protección de la salud y de la vida, con la finalidad de generar un aumento de la expectativa de esperanza de vida en la población en general.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

74. La responsabilidad de AR1 y AR2 provino de una inadecuada atención médica en agravio de V1, como se acreditó con las omisiones descritas en la presente Recomendación, que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1 y su situación de vulnerabilidad al ser una persona adulta mayor.

75. De lo anterior se colige que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos y omisiones que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracción I, II y VII de la Ley General de

Responsabilidades Administrativas y 47 fracción I, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.

76. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

76.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1.

76.2. Denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1 y AR2, con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada a V1.

77. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, determinó improcedente la queja médica interpuesta por V2, sin embargo, como ya se ha señalado en la presente Recomendación, atendiendo a la Opinión Médica realizada por especialistas de este Organismo Nacional, se considera que fue inadecuada la atención médica de V1, por parte de AR1 y AR2.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

78. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los

derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectado en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado.

79. Para tal efecto, en términos de los artículos 1°, párrafos tercero y cuarto, 2°, fracción I, 7°, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 65 inciso c), 88, fracción II y XXIII, 96, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y último párrafo, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral por el daño que ha sufrido como consecuencia de las violaciones a los derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

80. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

81. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del*

*caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*¹⁸.

82. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales (...)*”¹⁹.

83. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación a los derechos humanos de protección a la salud y como consecuencia de ello a la vida, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

i. Medidas de rehabilitación.

84. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

85. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a V2 y demás familiares de V1, que conforme a derecho corresponda, atención

¹⁸ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

¹⁹ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

86. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

ii. Medidas de compensación.

87. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a la salud y consecuente pérdida de la vida de V1, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

88. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

- **Daño inmaterial.** Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de satisfacción.

89. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con la instancia investigadora competente, derivado de la queja administrativa y denuncia que presente éste Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

90. Esta Comisión Nacional presentará denuncia en contra de AR1 y AR2, ante la Fiscalía General de la República, por lo que se deberá colaborar en el seguimiento e investigación de los hechos materia de la presente Recomendación, a fin de que éstos no queden impunes.

iv. Medidas de no repetición

91. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

92. Además es necesario que las autoridades del IMSS, implementen un curso integral dirigido al personal de directivo y de los Servicios de Medicina Familiar y de Urgencias de la UMF-9, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y a la vida, Guía de intestino irritable en adulto, Guía de cáncer de colon y recto no hereditario en adulto; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

93. Dichos cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

94. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

95. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

96. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal directivo y de los Servicios de Medicina Familiar y de Urgencias de la UMF-9, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que

tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten su actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con diligencia

97. Lo anterior, de conformidad con lo previsto en el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²⁰, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

98. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya la compensación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento

²⁰ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.



SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional, en la integración de la denuncia con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1 y AR2, en términos de la presente Recomendación, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Colabore en la integración de la queja que el Órgano Interno de Control en el IMSS, integre en contra del personal del IMSS por las violaciones a los derechos humanos descritas y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñe e imparta en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal directivo y de los Servicios de Medicina Familiar y de Urgencias de la UMF-9, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y a la vida, Guía de intestino irritable en adulto, Guía de cáncer de colon y recto no hereditario en adulto; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; asimismo, enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su impartición, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, fotografías y evaluaciones. Dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y enviar a este Organismo Nacional las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Gire las instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal directivo y de los Servicios de Medicina Familiar y de Urgencias de la UMF-9, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para

brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Designe a la persona servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

99. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1°, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

100. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a Usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

101. Con el mismo fundamento jurídico le solicito, en su caso, que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.



102. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA